I Centri Diurni

Carlo Adriano Biagini

SST Azienda USL 3 Pistoia
Servizio Sanitario della Toscana

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

Centri Diurni (CD)

- Strutture sociosanitarie a carattere diurno destinate a disabili o ad anziani
- Svolgono funzioni di carattere socio-sanitarie, riabilitative e di mantenimento delle potenzialità e dell’autonomia socio-relazionale della persona
- Spetta alle regioni definire le funzioni (DM n.308, maggio 2001, in applicazione della LN 328/2000)

Obiettivi:

- Permanenza a domicilio
- Promozione del sostegno alla famiglia
- Erogazione prestazioni sociosanitarie e di riabilitazione
- Perseguimento benessere fisico e relazionale

CD per anziani

Riservati ad anziani:

- con limitata autonomia (parz. non autosufficienti)
- disabili (non autosufficienti)
- con demenza (Centri Diurni Alzheimer – CDA)

La ricettività, l'organizzazione ed i minuti di assistenza garantita dagli operatori sociosanitari variano molto da una regione all'altra

Generalmente l'ammissione avviene dopo valutazione dell'Unità Valutativa Multiprofessionale (UVM…)

In tal caso vi è una retta sanitaria (a carico SSR) ed una retta sociale (a carico dell'utente e/o del comune). Problema costi dei trasporti.

Finalità CD per anziani disabili

- garantire l’assistenza mantenendo l’anziano al proprio domicilio (permanenza in famiglia)
- costituire un’alternativa al ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- prevenire e/o trattare le sindromi geriatriche
- sfruttare al massimo le risorse residue dell’anziano
- evitare l’ospedalizzazione incongrua o facilitare la dimissione dai reparti ospedalieri
- offrire alla famiglia un periodo di alleggerimento dal carico assistenziale

La collocazione nella Rete dei Servizi

ANZIANO
(o suo tutore)

Medico di Medicina Generale

Ospedale per acuti, Day Hospital

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO
(Punto Unico di Accesso)

bisogni sociali

bisogni sanitari

Interventi solo sociali:
aiuto economico
aiuto domestico
assistenza alla persona
pasti a domicilio

U.V.M.
VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Interventi solo sanitari:
accessi programmati MMG
assistenza infermieristica
fisioterapia
consulenza specialistica

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

CENTRO DIURNO

R.S.A. *Ricoveri* { *TEMPORANEI* / *DEFINITIVI* }

I CD per anziani

Lo sviluppo dell’autonomia Regionale ha portato a moltiplicazione dei modelli di centro diurno (assistenza semiresidenziale) e residenziale con relativa molteplicità di definizioni

Per superare tale difficoltà il gruppo di lavoro n° 12 del progetto Mattoni ha proposto una classificazione secondo diversi livelli di complessità

Lavori del Mattone 12: Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali per anziani

Codice prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SR2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile erogate in centri diurni.

Diffusione CD per anziani

I dati ufficiali sono scarsi e poco attendibili

Si stima che siano di poco superiore all'1 % degli ultrasessantacinquenni

Sicuramente i CD per anziani con perdita di autonomia sono pochi e con evidenti disomogeneità da Regione a Regione

Ministero della Salute

RILEVAZIONE NAZIONALE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI PER LE DEMENZE

Survey dei servizi socio-sanitari dedicati alle demenze e costruzione di un portale specifico denominato "Osservatorio sulle demenze"

Progetto Ministero della Salute – CCM 2013

Regione:

Mappa dei servizi

www.iss.it/demenze

Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM

Istituto Superiore di Sanità - Viale Regina Elena 299 - 00161 Roma (I). Partita IVA 03657731000. Codice Fiscale 80211730587

Adesione dei Centri diurni al Censimento ISS

- ✓ **Raggiunto il 97% dei Centri Diurni segnalati**
- ✓ **Tasso di risposta del 53,3%**
- ✓ **Verifica numero Centri Diurni attivi in corso**

Aggiornamento in corso
Dati al 15 settembre 2015

Nicola Vanacore - ISS

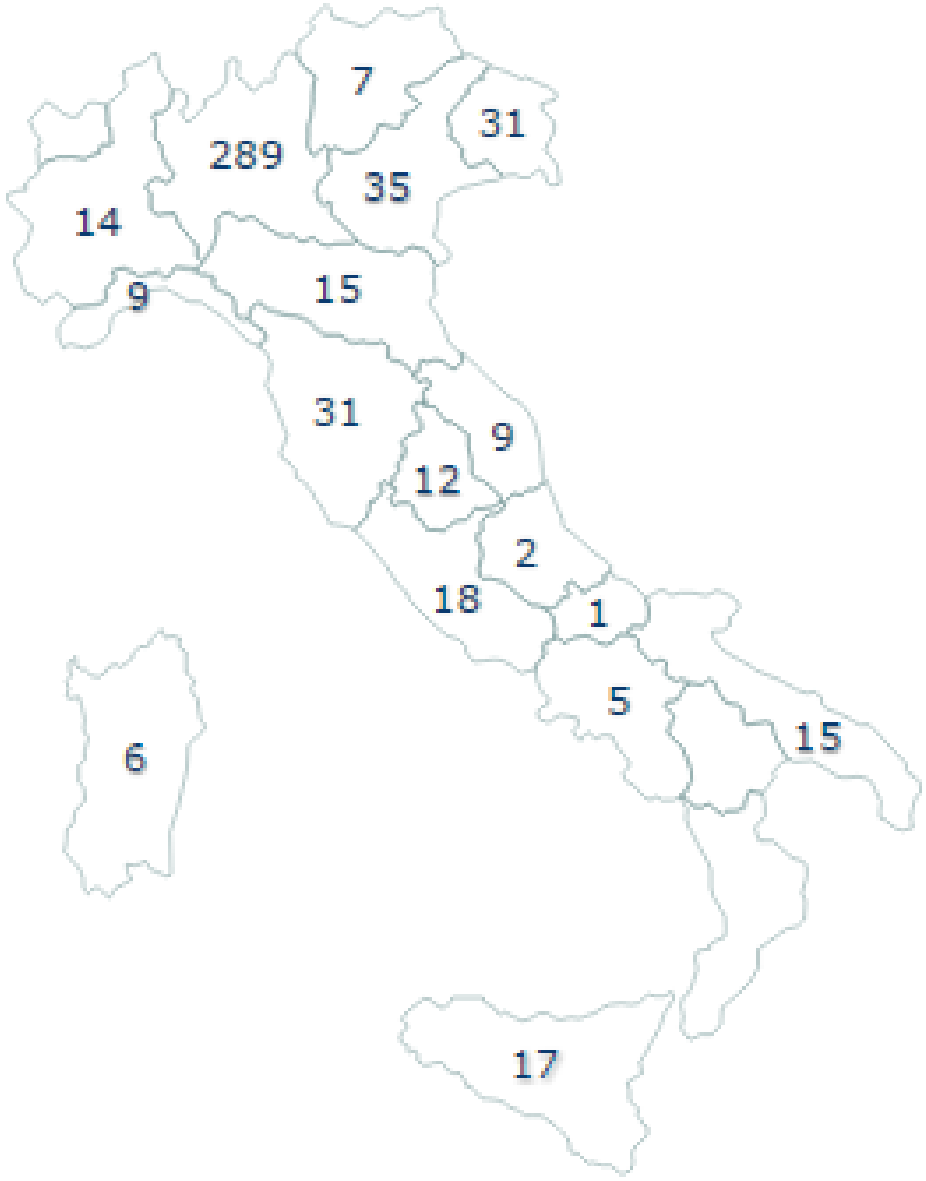
Tabella - Adesione dei Servizi per le demenze al Censimento ISS 2014

Regione	Centri diurni						
	Numero Centri in elenco	Contattati	% Contattati	Risposte	% Risposte	Numero Centri attivi	% centri attivi
Nord							
Lombardia	307	301	98,05	140	45,60		
Emilia Romagna	21	19	90,48	11	52,38		
Piemonte	18	18	100,00	17	94,44		
Veneto	94	91	96,81	55	58,51		
Liguria	17	15	88,24	10	58,82		
Prov.Aut. Bolzano	13	13	100,00	3	23,08		
Prov.Aut. Trento	2	2	100,00	2	100,00		
Friuli-Venezia Giulia	34	32	94,12	15	44,12		
Valle d'Aosta	0	0	0,00	0	0,00		
Totale	***506***	***491***	***97,04***	***253***	***50,00***		
Centro							
Toscana	37	32	86,49	24	64,86		
Lazio	19	19	100,00	9	47,37		
Marche	9	9	100,00	9	100,00		
Umbria	12	12	100,00	6	50,00		
Totale	***77***	***72***	***93,51***	***48***	***62,34***		
Sud e Isole							
Campania	7	7	100,00	7	100,00		
Puglia	18	18	100,00	11	61,11		
Sicilia	18	17	94,44	11	61,11		
Sardegna	6	6	100,00	4	66,67		
Calabria	0	0	0,00	0	0,00		
Abruzzo	5	5	100,00	5	100,00		
Basilicata	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.		
Molise	1	1	100,00	1	100,00		
Totale	***55***	***54***	***98,18***	***39***	***70,91***		
Totale ITALIA	**638**	**617**	**96,71**	**340**	**53,29**		

Centri Diurni Alzheimer

Totale: 516

http://www.iss.it/demenze
→ Mappa online dei servizi sulle demenze
→ centri diurni
(dati aggiornati al 13.11.15)



Numero di Centri Diurni censiti per Regione

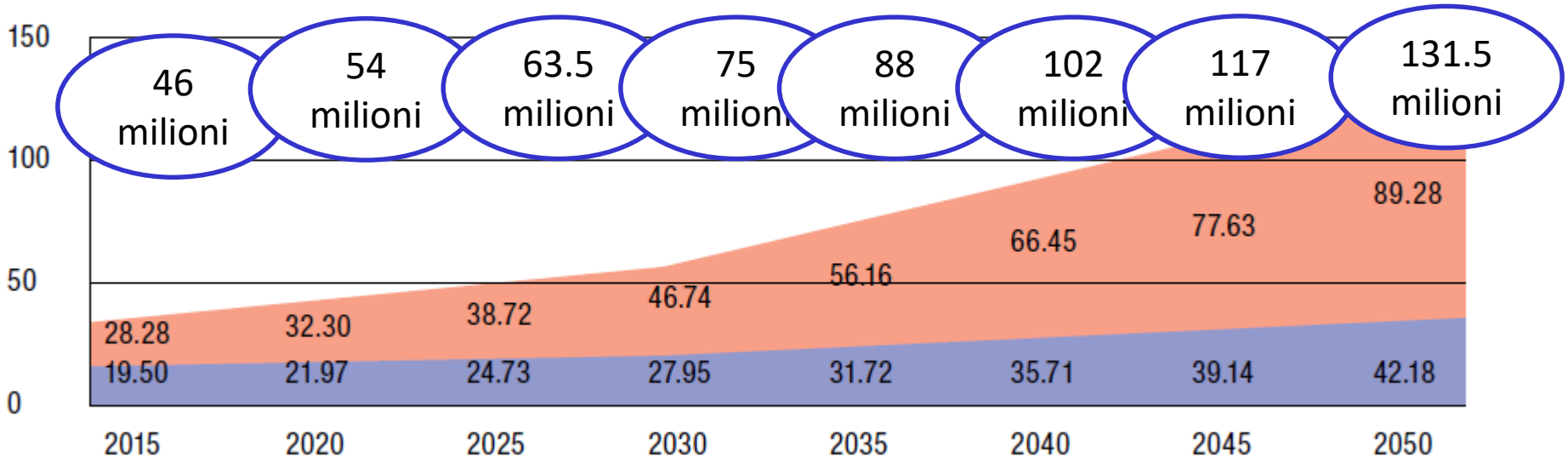
Italia: stima dei casi di demenza sulla base di prevalenza odierna e invecchiamento atteso

POPOLAZIONE ITALIANA FUTURA E DEMENZA						
Classi età	Pop. 2010	Dem. 2010	Pop. 2030	Dem. 2030	Pop. 2050	Dem. 2050
60-64	3.684.382	22.106	4.823.143	28.939	3.642.751	21.857
65-69	3.155.739	50.492	4.373.703	69.979	3.782.652	60.522
70-74	3.023.563	105.825	3.602.723	126.095	4.073.641	142.577
75-79	2.524.699	186.828	3.012.315	222.911	4.157.191	307.632
80-84	1.889.263	296.614	2.558.545	401.692	3.659.133	574.484
85-89	1.157.855	303.358	1.602.491	419.853	2.601.176	681.508
90-94	324.912	133.214	911.073	373.540	1.373.270	563.041
>95	140.155	64.892	380.223	176.043	707.677	327.654
Tutti	15.900.568	1.163.329	21.264.216	1.819.052	23.997.491	2.679.276
Pop.Gen.	60.224.114		62.128.993		61.716.517	

SNLG-Regioni – Sindrome Demenza - Diagnosi e Trattamento, 2011

Elaborazione dati ISTAT

NUMERO DI CASI ATTESI DI DEMENZA NEI PAESI RICCHI E IN QUELLI IN VIA DI SVILUPPO



The growth in numbers of people with dementia (millions) in high income (HIC) and low and middle income countries (LMIC)

High Income ■ Low and Middle Income ■

Anziani ricoverati in RSA caratteristiche clinico-funzionali

Età (media ± DS)	83,5 ± 8,1
Sesso (% F)	71,4
N. di malattie (media ± DS)	3,9 ± 2,3
N. di farmaci (media ± DS)	5,0 ± 2,9
N. di ADL compromesse (media ± DS)	4,2 ± 2,7
Deficit cognitivo: CPS (media ± DS)	3,2 ± 2,1
Deficit cognitivo: CPS ≥ 2 (%)	70,4
Deficit cognitivo: CPS ≥ 5 (%)	42,0
Soggetti costretti a letto (%)	34,2

Modificata graficamente da Lattanzio et al., 2010

Qualificare i servizi per non autosufficienti

Occorre ri-orientare tutte le RSA ed i CD per non autosufficienti, con caratteristiche specifiche di ambiente, organizzazione e personale, tenendo conto che la maggior parte degli ospiti presenta deficit cognitivi e talora disturbi comportamentali correlati

Sintomi psicologici e comportamentali

(McShane R, Int Psychogeriatrics, 2000)

Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze (BPSD)

Causa più frequente di istituzionalizzazione

Causa più frequente di prescrizione farmacologica

Causa più frequente di intervento medico

Aumento della disabilità

Causa di stress grave dei caregiver

Ridotta qualità di vita del paziente e del caregiver

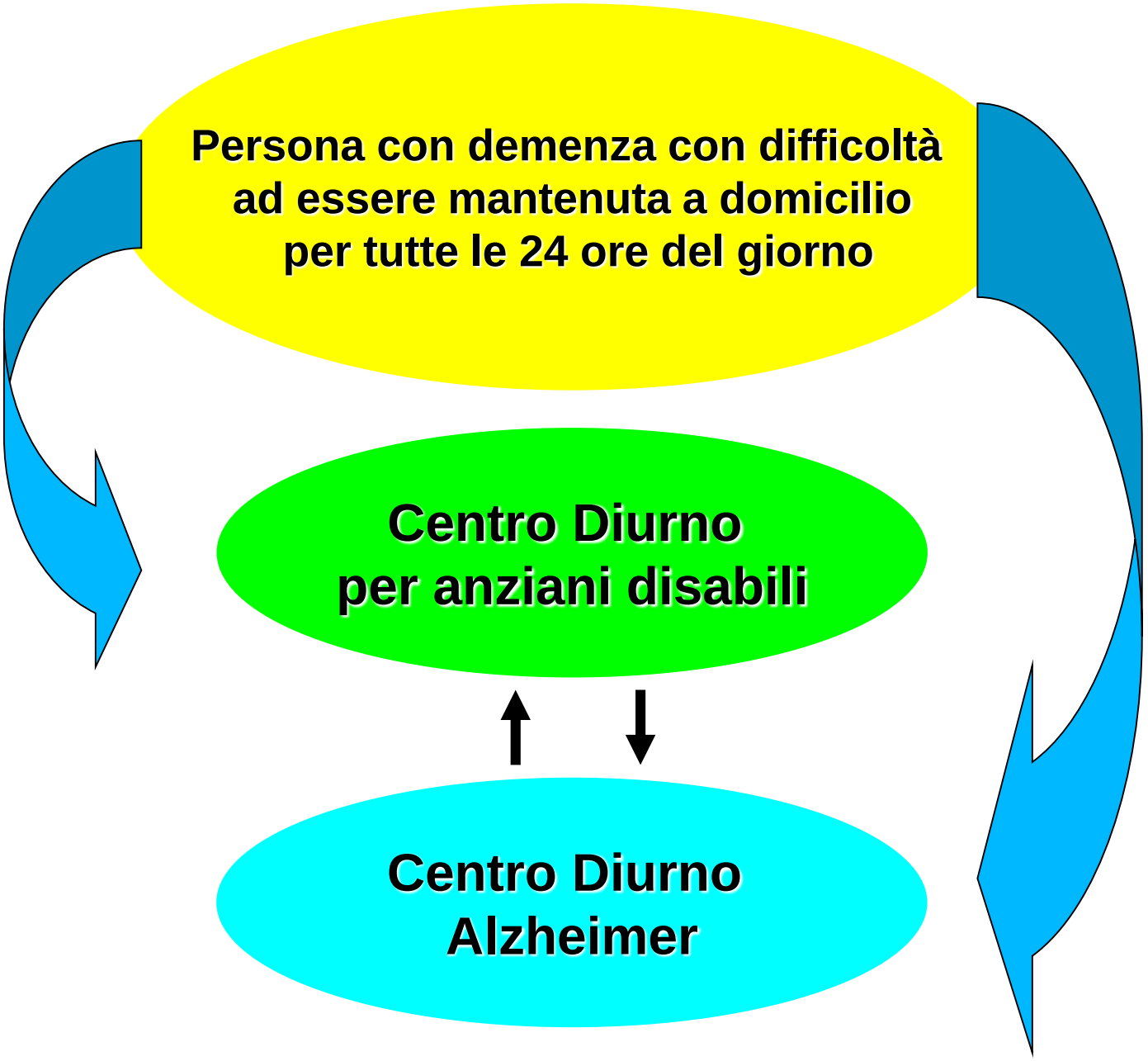
Aumento dei costi economici della malattia

CDA: struttura terapeutica per BPSD

Occorre dare ai CDA e ai NA-RSA un obiettivo terapeutico "forte" in modo che la spesa sostenuta oltre a migliorare la qualità di vita al paziente ed ai suoi familiari comporti successivamente all'intervento una riduzione dei costi complessivi

“ un’appropriata gestione dei sintomi comportamentali nella demenza è così importante per la qualità della vita dei soggetti affetti da questa malattia, quanto lo è la gestione del dolore per i soggetti affetti da cancro”

Volicer, 2003

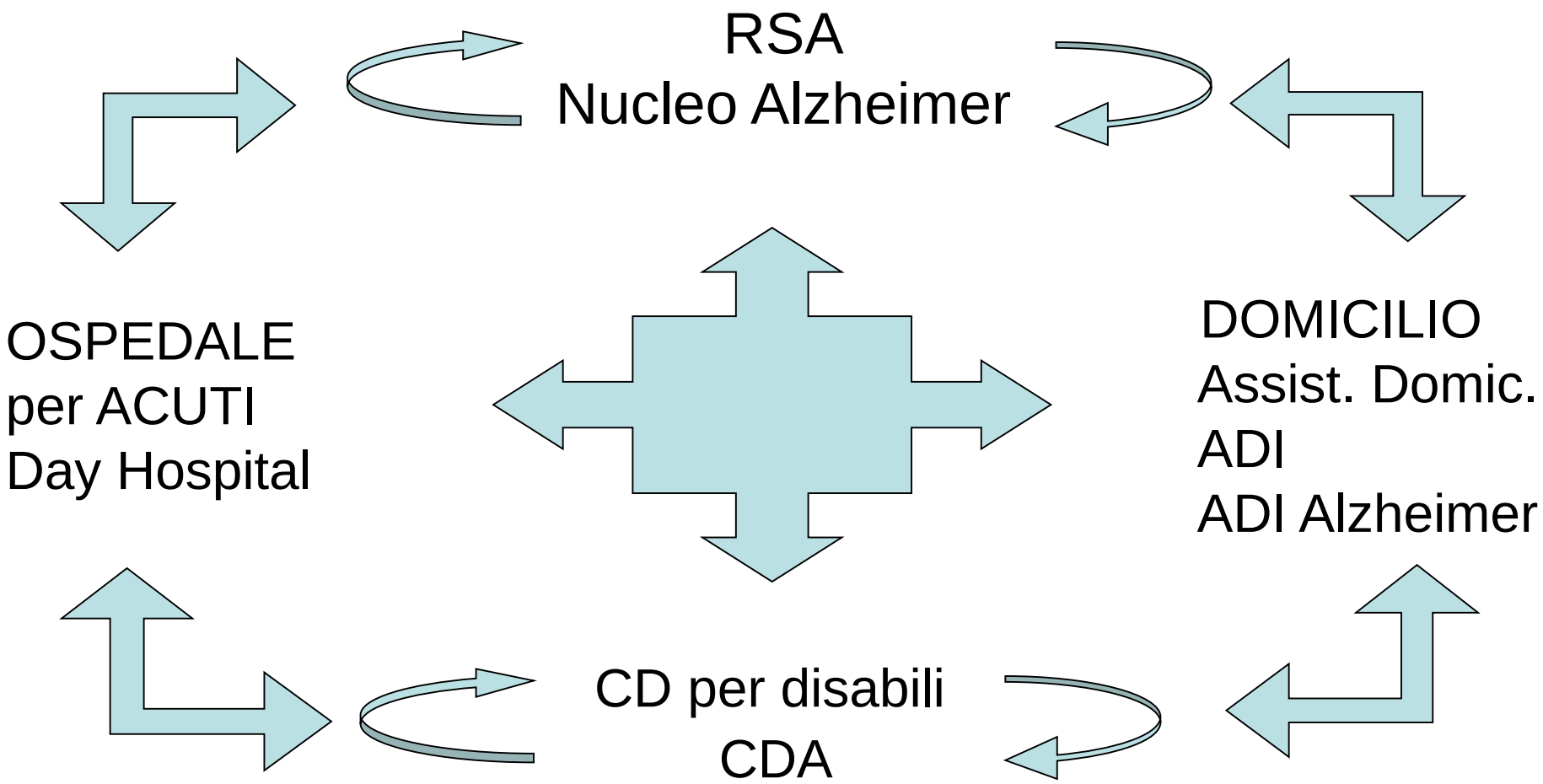


Presenza di

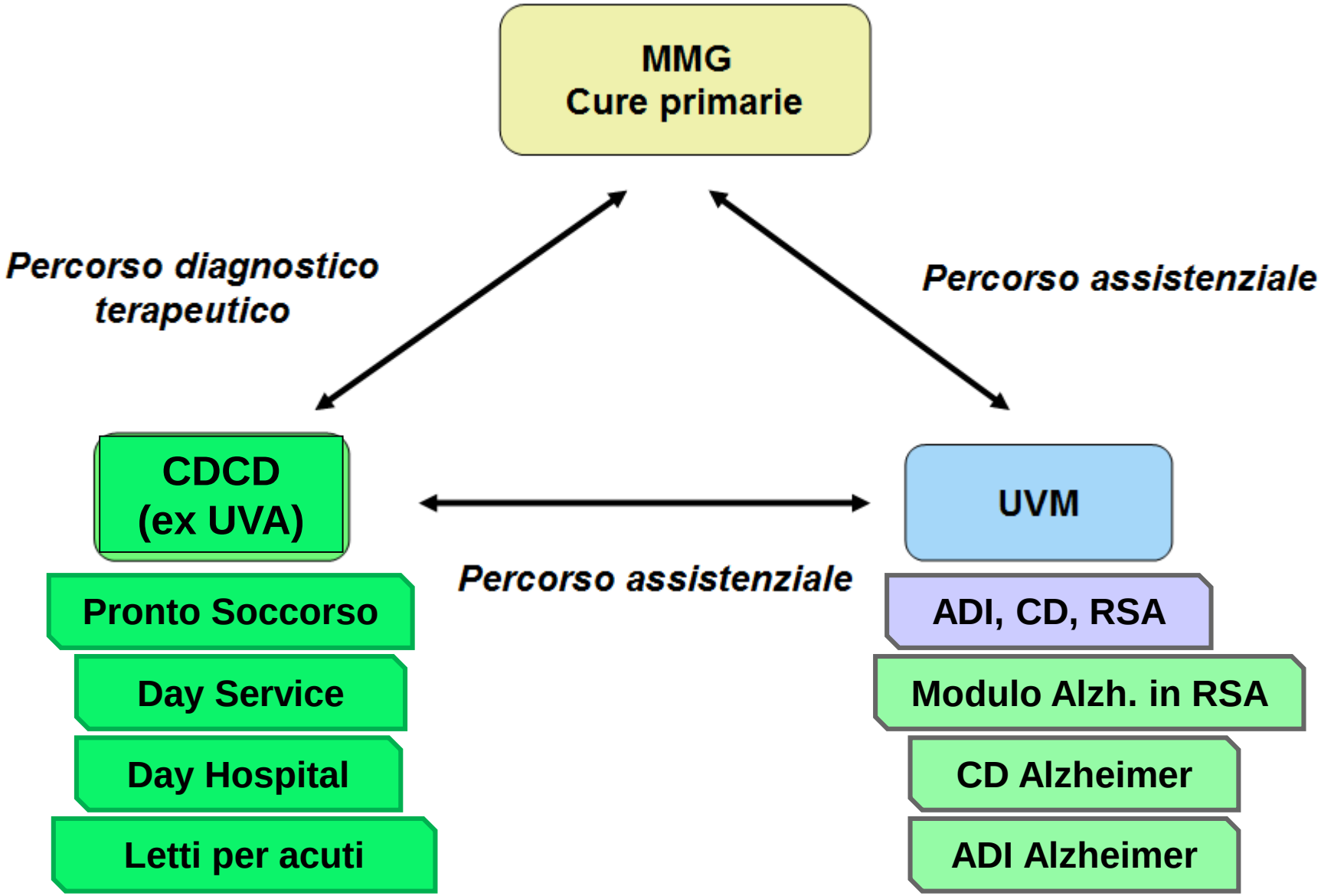
BPSD

significativi

Circolarità dei Servizi



Collocazione CD per disabili e CDA



RETE DEI SERVIZI

- Territorio

MMG, AD, ADI, CD,CDA

- RSA

Piccoli nuclei diffusi sul territorio
Moduli "base" e "specialistici"
Ospiti:
permanenti, temporanei, diurni

- Strutture Intermedie

("*tensione riabilitativa*")

- Ospedale

Reparti Intensivi
Reparti Post-intensivi
Day Hospital
Day Service

RETE DELLA SOLIDARIETÀ

- Famiglia
- Vicinato
- Volontariato

Anziano

La rete dei servizi deve compenetrarsi con la rete della solidarietà per mantenere l'anziano nel mondo della vita

Centri Diurni per anziani disabili - CD
Centri Diurni Alzheimer - CDA

L’ESPERIENZA PISTOIESE:
I Centri Diurni Monteoliveto

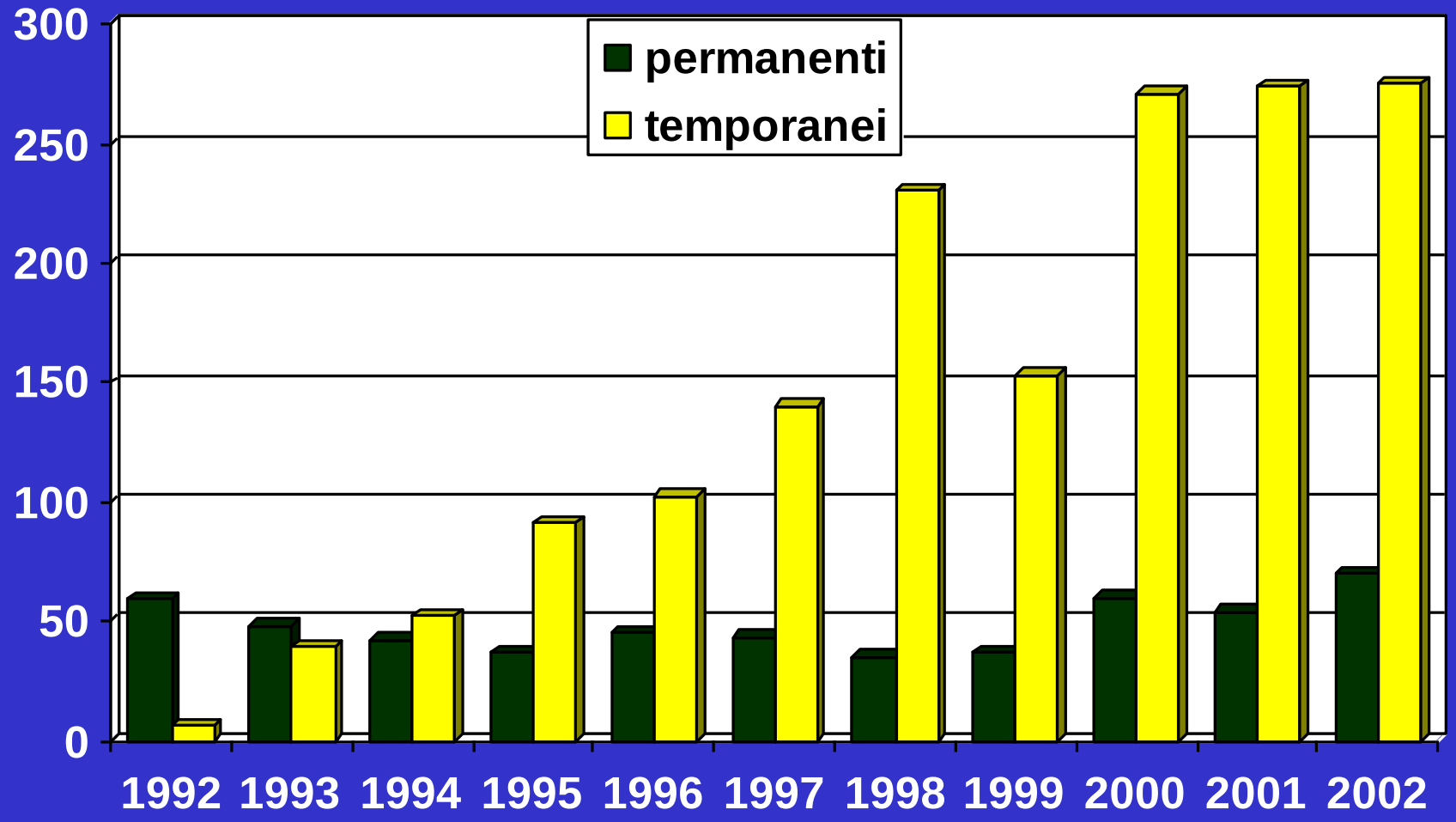
Pistoia: contesto in cui è sorto il Centro Diurno (CD) Monteoliveto per anziani disabili e con disagio sociale

Fino agli anni ’90 l’assistenza agli anziani a Pistoia era garantita soltanto dalle Istituzioni con ricovero permanente

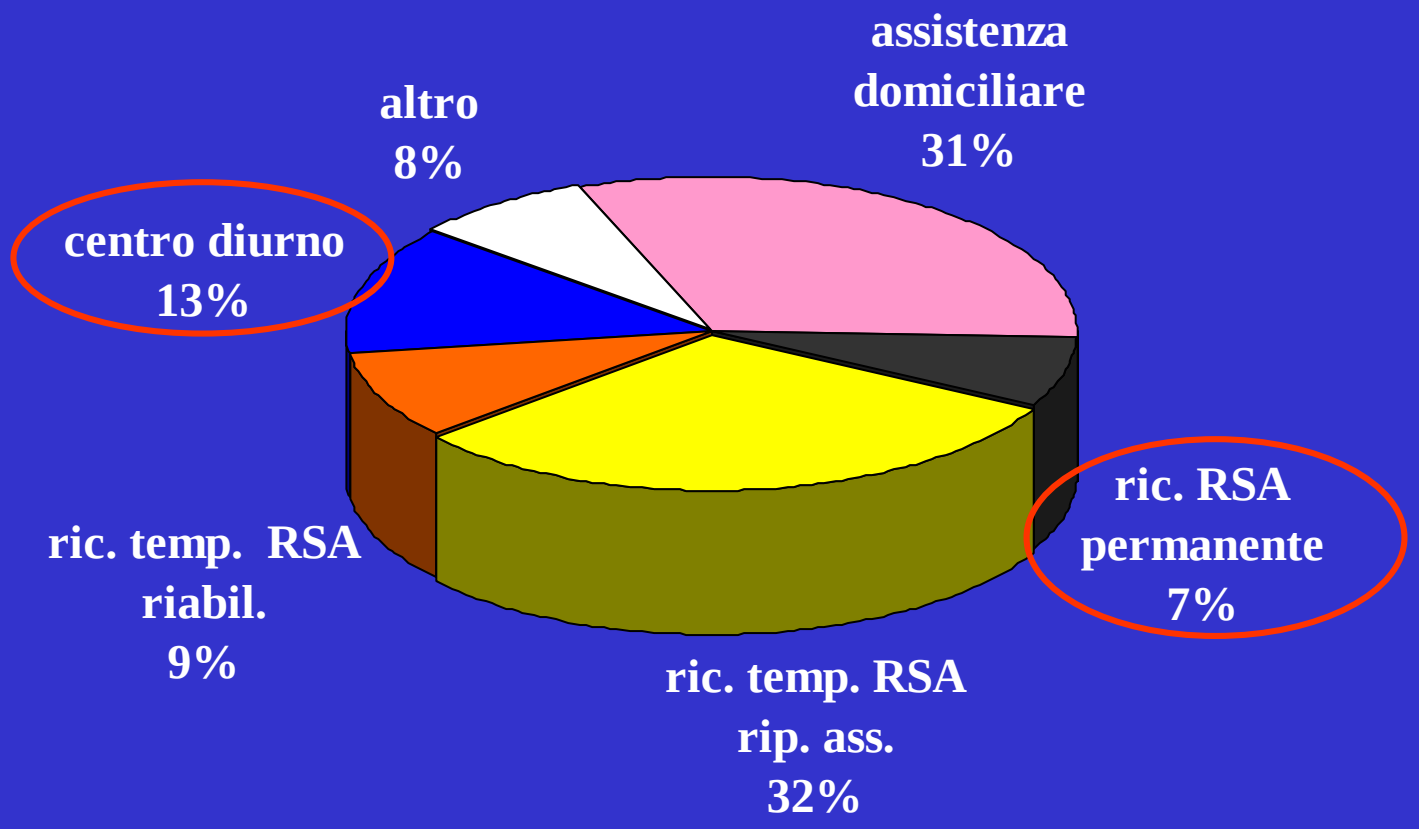
1991: costituita Unità Valutativa Geriatrica (UVG) Distrettuale, istituito Servizio infermieristico territoriale e potenziato Servizio di assistenza domiciliare

1992: regolamento per ricovero in RSA (ricoveri permanenti soltanto a chi non ha figli; istituiti ricoveri temporanei)

Azienda USL 3 - Zona di Pistoia
Ricoveri RSA a gestione diretta



Azienda USL 3 - Pistoia
Proposte UVG anno 2000



Pistoia: contesto in cui è sorto il CD per Alzheimer (CDA) Monteoliveto

1996 Istituzione Sezione di Geriatria (afferente all'Attività Sanitaria di Comunità)

2000 La sezione di Geriatria assume funzione di unica Unità Valutativa Alzheimer per l'Azienda USL

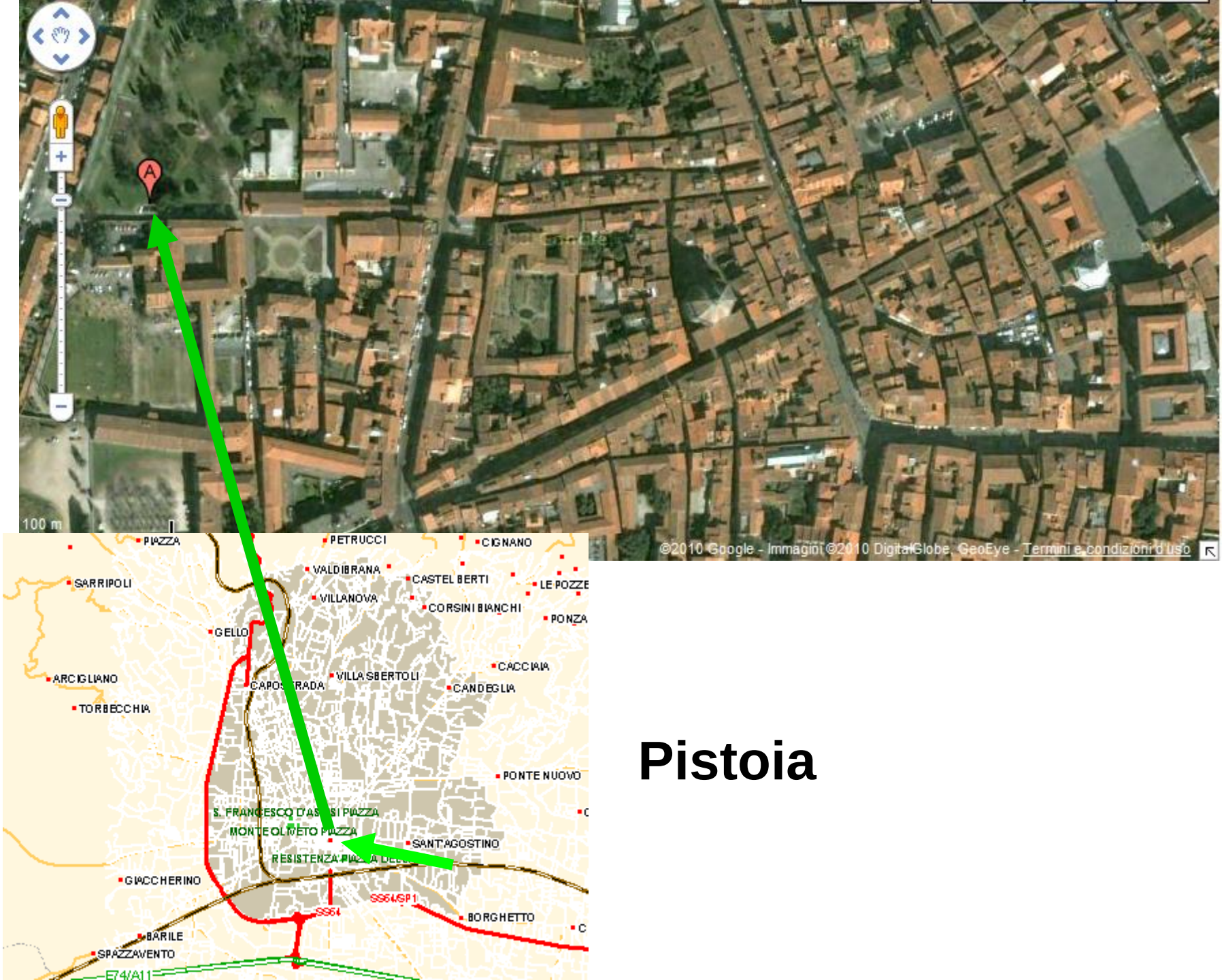
2001 "Trasformazione" della sezione di Geriatria in U.O. Complessa di Geriatria Aziendale (afferente all'Area Medica del Presidio ospedaliero di Pistoia ma con proiezione sul territorio dell'intera Azienda e sugli altri presidi ospedalieri)

CD di Monteoliveto a Pistoia

Nel **1996** con la consulenza della Cattedra di Geriatria dell'Università di Firenze (Prof. Giulio Masotti) e la collaborazione della Geriatria dell'Azienda USL di Pistoia è stato inaugurato il **CD Monteoliveto per anziani disabili e con disagio sociale**

CD di Monteoliveto a Pistoia: *peculiarità ambientali ed architettoniche*

- **Adiacenti al Centro storico cittadino**
- **Spazio verde pubblico**
- **All’interno di Centro Sociale per anziani**
- **Progettazione** pensata per anziani disabili, in particolare con demenza


A
100 m
©2010 Google - Immagini ©2010 DigitalGlobe, GeoEye - Termini e condizioni d'uso
PIAZZA
PETRUCCI
CIGNANO
VALDIBRANA
CASTEL BERTI
LE POZZE
SARRIPOLI
VILLANOVA
CORSINI BIANCHI
PONZA
GELLO
CACCIAIA
ARCIGLIANO
VILLA SBERTOLI
CANDEGLIA
TORBECCHIA
PONTE NUOVO
S. FRANCESCO D'ASSISI PIAZZA
MONTEOLIVETO PIAZZA
SANT'AGOSTINO
GIACCHERINO
SS64/SP1
SS64
BORGHETTO
BARILE
SPAZZAVENTO
E74/A11

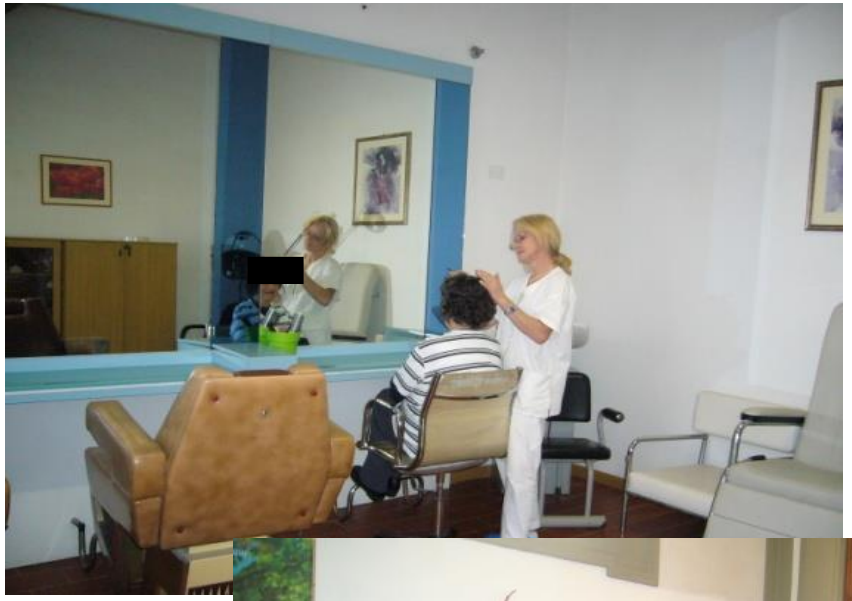
Pistoia

Elementi architettonici (1)

•Lungo percorso circolare attrezzato per deambulazione / wandering; palestra

Elementi architettonici (2)

Fruibile e domestico: cucina e terrazza per Terapia Occupazionale, sala di bellezza, sala musica



Elementi architettonici (3)

- Spazi “collettivi” e spazi più intimi

Gli ospiti del Centro Diurno (1996-2004)

Causa clinica principale di ammissione

Motivo clinico	N (%)
Demenza	75 (51%)
Esiti di ictus	19 (13%)
Depressione	13 (9%)
Parkinsonismo	11 (7%)
Esisti di frattura di femore	10 (7%)
Recente ricovero ospedaliero	5 (3%)
Osteoartrosi	2 (1%)
Altro	13 (9%)
Totale	148

Gli ospiti del Centro Diurno (1996-2004)

Caratteristiche all'ingresso

	(N=148)
Età	80 ± 8
CIRS	1.34 ± 0.01
Numero farmaci	4.0 ± 0.2
Trattamento psicofarmacologico	78 (53%)
Incontinenza urinaria	89 (60%)
Incontinenza fecale	30 (20%)
Disturbo della deambulazione	97 (66%)
Storia di cadute (nell'ultimo anno)	70 (47%)
Recente calo ponderale (ultimi 3 mesi)	24 (16%)
Storia di depressione	43 (29%)
MMSE	17.0 ± 0.7
BADL (n° conservate)	3.1 ± 0.1
IADL (% conservate)	19 ± 2

CDA di Monteoliveto a Pistoia

Nel **2004** è stato inaugurato all’interno dello stesso complesso il **Centro Diurno Alzheimer (CDA),** specificamente destinato al trattamento di soggetti con demenza avanzata e/o gravi disturbi del comportamento (piano terra con annesso giardino)

Obiettivi del CDA

- Mantenere e stimolare le capacità funzionali e cognitive residue
- Limitare i disturbi del comportamento riducendo al minimo l’uso di psicofarmaci
- Ridurre lo stress dei familiari
- Mantenere l’anziano a domicilio, prevenendo fino a quando possibile l’istituzionalizzazione
- Massimizzare il benessere psico-fisico dei pazienti

Modalità di lavoro nei CD - 1

- Lavoro di equipe multiprofessionale
- Valutazione multidimensionale e ricostruzione della storia personale degli ospiti
- Stesura di un **piano assistenziale individualizzato** da parte di equipe multiprofessionale

Piano Assistenziale Individualizzato

Lavoro per obiettivi, non per compiti

Per ciascun ospite, nelle prime settimane dopo l'ingresso, vengono identificati:

PROBLEMI (clinici, funzionali, psicoaffettivi, sociali)

OBIETTIVI dell'assistenza, in relazione ai problemi individuati

STRATEGIE da mettere in atto per perseguire gli obiettivi (individuando il ruolo di ogni operatore)

VERIFICHE periodiche del piano con UVM del Distretto, per valutare i risultati raggiunti ed aggiornare obiettivi e strategie

Modalità di lavoro in CD - 2

- Monitoraggio dell’efficacia e della tollerabilità degli interventi
- **Organizzazione flessibile** secondo le esigenze personali
- **Relazione continua con altre figure sanitarie ed assistenziali territoriali** (UVM, MMG)
- Informazione e **supporto ai familiari**

Attività in CD - 1

- **Fortemente integrate con la routine quotidiana.**
- Riguardano **situazioni quotidiane reali** e le difficoltà considerate più rilevanti dal soggetto e dalla sua famiglia.
- Stimolano costantemente l'anziano a **mantenere le proprie capacità cognitive e a stabilire relazioni.**
- Spesso vengono proposte in **modalità di tipo ludico** per ottenere il massimo gradimento e motivazione.
- Adattate alla **storia personale** e alle **funzioni residue**
- Proposte specifiche: **ROT**, **Reminescenza**, **Terapia Occupazionale**, **Attività Dialogica** ed **Attività Motoria.**

Attività in CD - 2

Il Riorientamento spazio-temporale e personale

- **Formale** realizzato tramite sedute standardizzate condotte in piccoli gruppi della durata di circa 45 minuti (quiz strutturati, “giochi cognitivi”);
- **Informale** costituita da facilitazioni temporo-spaziali collocate nell’ambiente e informazioni fornite routinariamente da parte del personale nei momenti cruciali della giornata.

Stimolazione cognitiva in CD: evidenze di efficacia

RCT: stimolazione cognitiva vs. controllo

Durata: 7 settimane

201 soggetti affetti da demenza lieve-moderata in RSA o Centro Diurno.

	Trattamento	Controllo	p
Δ ADAS-Cog	+1.9 ± 6.2	-0.3 ± 5.5	0.014
Δ MMSE	+0.9 ± 3.5	-0.4 ± 3.5	0.044

Spector A et al., Br J Psychiatry, 2003

Attività in CD - 3

Esercizi di Reminiscenza

Incontri strutturati a piccoli gruppi, in cui vengono rievocati eventi remoti emotivamente significativi dell’autobiografia personale e collettiva. Vengono utilizzati come stimolo di rievocazione testi, oggetti, foto e filmati riguardanti il periodo di vita giovane-adulto dell’anziano.

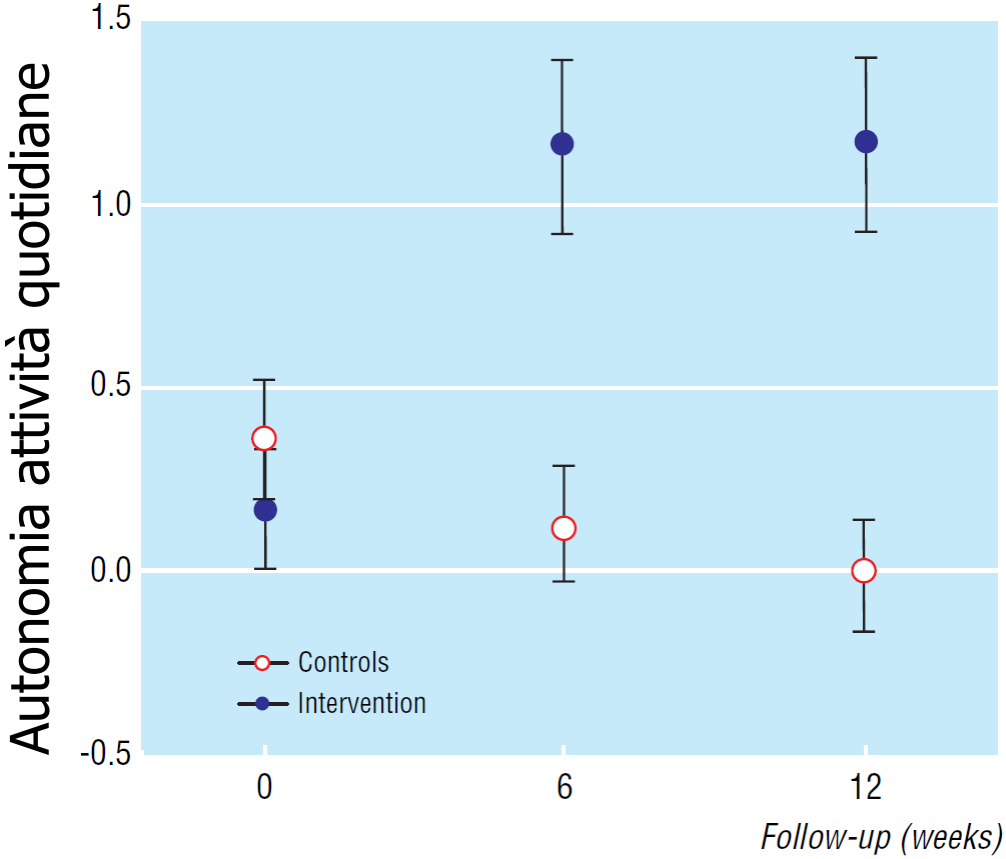
Attività in CD - 4

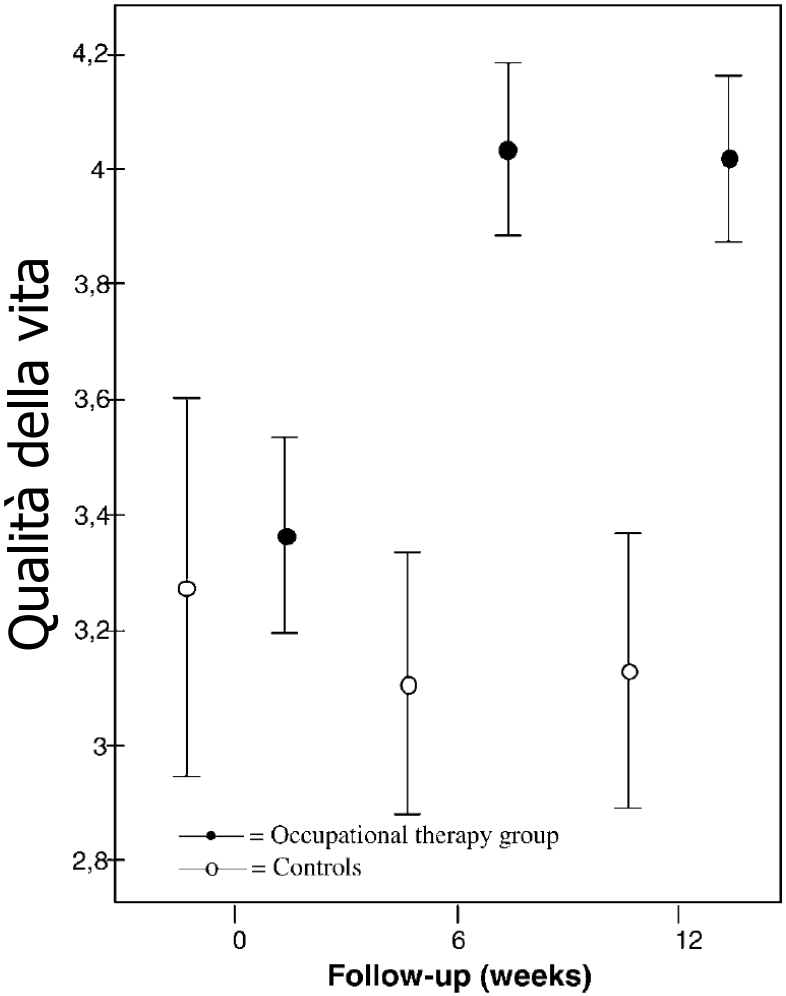
La Terapia Occupazionale

Svolgimento standardizzato di attività della vita quotidiana, con stimolazione delle abilità residue in relazione alla **storia del soggetto** (cucina, attività domestiche, giardinaggio, cura della persona, gestione di piccoli animali domestici, preparazione di manufatti)

Terapia occupazionale: le evidenze

RCT: 135 anziani con demenza lieve-moderata (MMSE 19/30) randomizzati a 10 sedute di terapia occupazionale domiciliare (paziente + caregiver) vs. controllo





BMJ

Graff ML et al., BMJ, 2006; Graff ML et al., J Gerontol A Med Sci, 2007

Attività in CD - 5

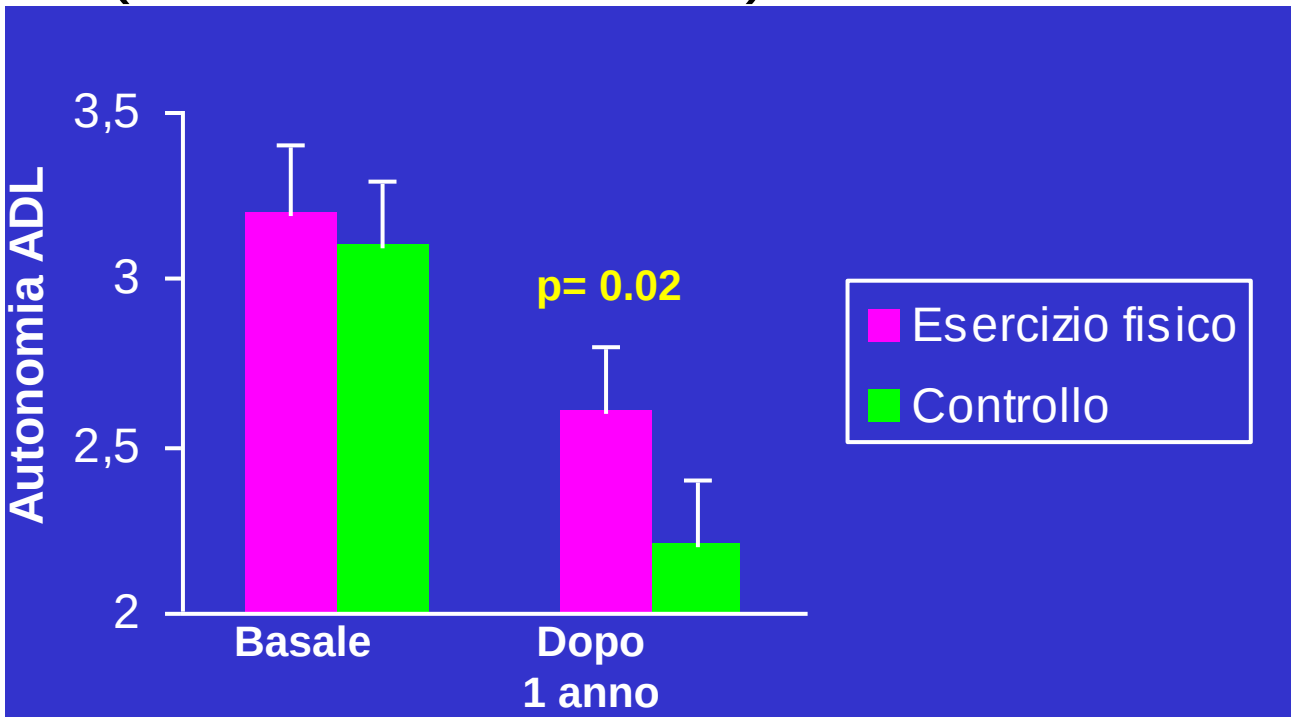
Attività motoria

Quotidianamente vengono proposte in forma ludica sedute di attività fisica (oltre alla fisioterapia!), volta a mantenere l’equilibrio e la forza muscolare.

Esercizio fisico: evidenze di efficacia nella demenza

Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial

RCT, durata 1 anno, 134 soggetti affetti da Malattia di Alzheimer (MMSE medio 9/30), in 5 RSA



Journal of the AMERICAN GERIATRICS SOCIETY

Rolland Y et al., J Am Geriatr Soc, 2007

Attività in CD - 6

Il filo continuo della Rimotivazione

- Proposte di attività di gruppo che stimolano a **relazionarsi con gli altri anziani.**
- Stimolo all'**interazione con il resto della cittadinanza** attraverso **uscite** in giardino, in città e in località vicine.
- Motivazione dell'anziano ad assumere un **ruolo partecipante** e a recuperare il piacere di **prendersi cura di sé.**

Composizione del team

L’equipe multidisciplinare del Centro Diurno:

- infermiere professionale
- fisioterapista, terapista occupazionale
- educatore/animatore
- operatore dell’assistenza di base
- geriatra (consulenza sistematica)
- psicologo (consulenza sistematica)

Il personale di cura

- Gruppo di lavoro **affiatato e stabile**
- specificamente **formato per la cura dell'anziano con demenza,**
- capace di stabilire **relazioni interpersonali positive** con i pazienti,
- allenato ad **identificare elementi ambientali stressanti,**
- disponibile al **supporto formativo ed emotivo dei familiari** (relazione collaborativa)

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY
Int J Geriatr Psychiatry 2008; **23**: 1066–1072.
Published online 15 May 2008 in Wiley InterScience
(www.interscience.wiley.com) **DOI**: 10.1002/gps.2034

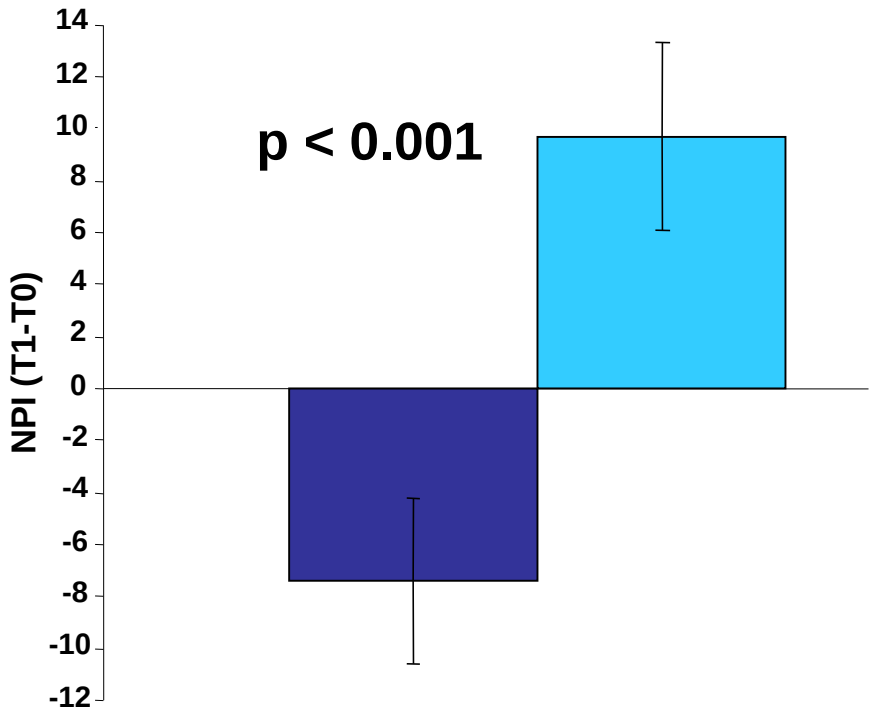
Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress

Enrico Mossello[1]*, Veronica Caleri[2], Elena Razzi[1], Mauro Di Bari[1], Claudia Cantini[2,3], Elisabetta Tonon[2,3], Eugenia Lopilato[1], Monica Marini[2], David Simoni[1], Maria Chiara Cavallini[1], Niccolò Marchionni[1], Carlo Adriano Biagini[2,3] and Giulio Masotti[1,3]

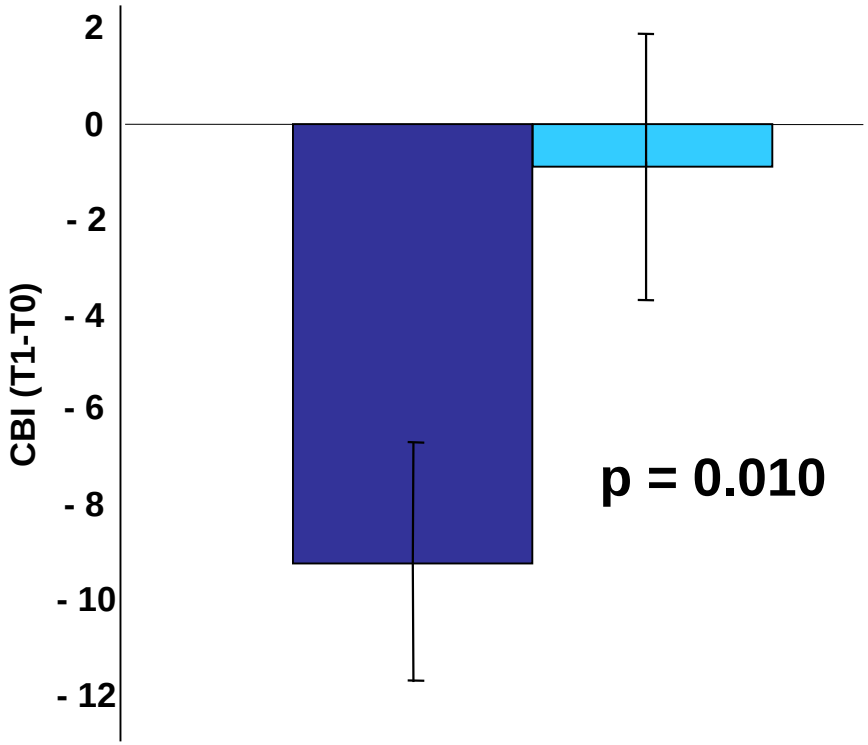
[1]*Unit of Gerontology and Geriatric Medicine, Department of Critical Care Medicine and Surgery, University of Florence, Italy*
[2]*Unit of Geriatric Medicine, Azienda USL n. 3, Pistoia, Italy*
[3]*School of Physiotherapy, University of Florence, Pistoia, Italy*

Disturbi del comportamento e stress del caregiver dopo due mesi

Neuropsychiatric Inventory (NPI)



Caregiver Burden Inventory (CBI)



Centro Diurno

Domicilio

Mossello E et al., Int J Geriatr Psychiatry, 2008

Livello cognitivo-funzionale e farmaci psicotropi dopo due mesi

	CD (n=30)	D (n=30)	p
Δ MMSE	1.5 ± 0.7	-0.1 ± 0.7	0.063
Δ ADL perse (n)	0.1 ± 0.2	0.4 ± 0.2	0.191
Δ IADL perse (%)	3.5 ± 1.8	4.4 ± 2.0	0.705
Δ psicotropi	-0.1 ± 0.1	0.2 ± 0.1	*0.044*

***Dati aggiustata per età e sesso del paziente e del caregiver, stato lavorativo, valore della variabile a T0**
Δ = (valore a T1) – (valore a T0)

Mossello et al. Int J Geriatr Psychiatry, 2008

Profilo dei sintomi psicologici e comportamentali

	CD (n=30)	D (n=30)	p
Δ Deliri	**-1.2± 0.6**	**0.4 ± 0.7**	**0.043**
Δ Allucinazioni	-0.7 ± 0.4	0.3 ± 0.4	ns
Δ Agitazione	**0.0 ±0.7**	**2.1 ± 0.8**	**0.023**
Δ Ansia	**-0.7 ± 0.7**	**1.5 ± 0.8**	**0.023**
Δ Depressione	0.6 ±0.3	-0.2 ± 0.4	ns.
Δ Euforia	**-0.6 ± 0.5**	**1.5 ± 0.6**	**0.001**
Δ Apatia	0.3± 0.6	0.9 ± 0.6	ns
Δ Irritabilità	-0.4± 0.4	0.2 ± 0.4	ns
Δ Disinibizione	**0.4 ± 0.5**	**2.0 ± 0.6**	**0.001**
Δ Disturbi del sonno	-1.4 ± 0.6	-0.0 ± 0.6	ns.
Δ Disturbi dell’appetito	-1.5 ± 0.5	-0.0 ± 0.5	ns
Δ Attività motoria anomala	**-0.4± 0.6**	**1.4 ± 0.7**	**0.023**
Δ NPI	**-8.1 ± 2.6**	**6.2 ± 2.7**	**0.001**

In sintesi

L’assistenza in Centro Diurno di anziani con demenza attraverso

- un ambiente specificamente progettato
- una modalità di lavoro basata “per obiettivi”
- un insieme di attività costruite appositamente per stimolare le capacità residue
- personale formato a stabilire relazioni in grado di contenere i disturbi comportamentali

è in grado di **ridurre i disturbi comportamentali** dei soggetti affetti da demenza e di alleviare lo **stress assistenziale dei familiari**

Altre esperienze di CDA in Toscana

CDA “La casa di Narnali” (Prato): *destinatari*

Persone affette da demenza con **disturbi del comportamento** assistite da famiglie con un **alto livello di stress**, con le quali sia possibile stabilire un **“contratto terapeutico-assistenziale”** che consenta di definire la temporaneità degli interventi e favorisca il rientro a domicilio del familiare ammalato.

CDA "La casa di Narnali" (Prato)
Caratteristiche principali

- **Temporaneità** degli interventi → circolarità dei pazienti all'interno della rete dei servizi.
- **Informazione e sostegno al caregiver**, coinvolgimento diretto nel piano assistenziale
- Fase del rientro in famiglia: formazione delle **badanti** e **ADI post –diurno**

Il Centro Diurno Alzheimer: La Casa di Narnali

Giardino Alzheimer

Il contatto con gli elementi naturali, consente di mantenere l'ospite legato alla propria identità in un luogo familiare alla ***memoria***, di favorirne ***l'attività fisica*** e di mantenerne le ***capacità funzionali residue***.

Tale ambiente è una fonte di stimoli sensoriali, che possono ***ridurre lo stress psicologico***, e consente di ***assecondare e talora ridurre la tendenza al "vagabondaggio".***

Può ***stimolare***, l'integrazione e la ***socializzazione tra gli ospiti, caregiver e familiari***.

Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer, 2013

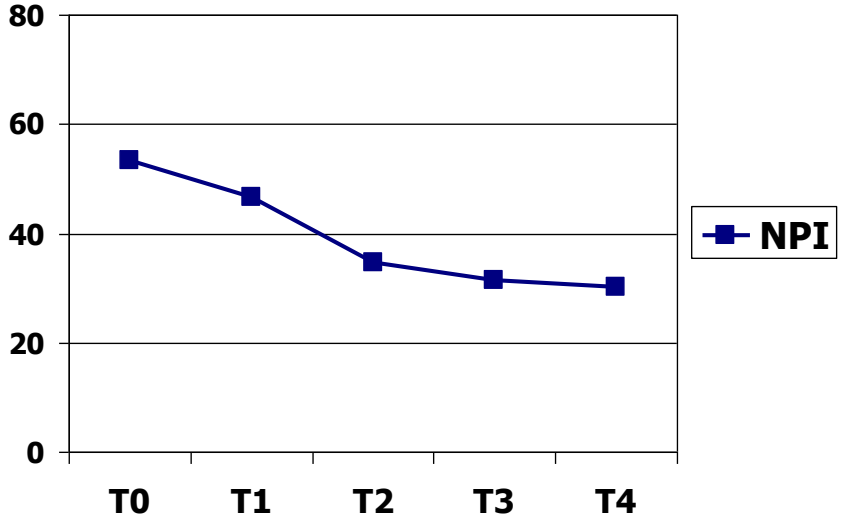
D. Calvani U.O Geriatria ASL4 Prato

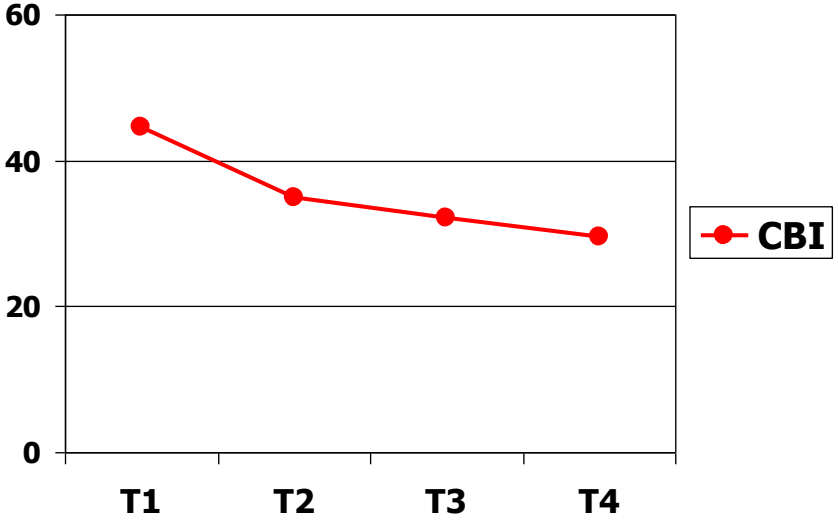
D. Calvani U.O Geriatria ASL4 Prato

CDA: la presa in carico migliora disturbi del comportamento e stress del care-giver

Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali

Disturbi del comportamento e stress del caregiver





D. Calvani U.O Geriatria ASL4 Prato

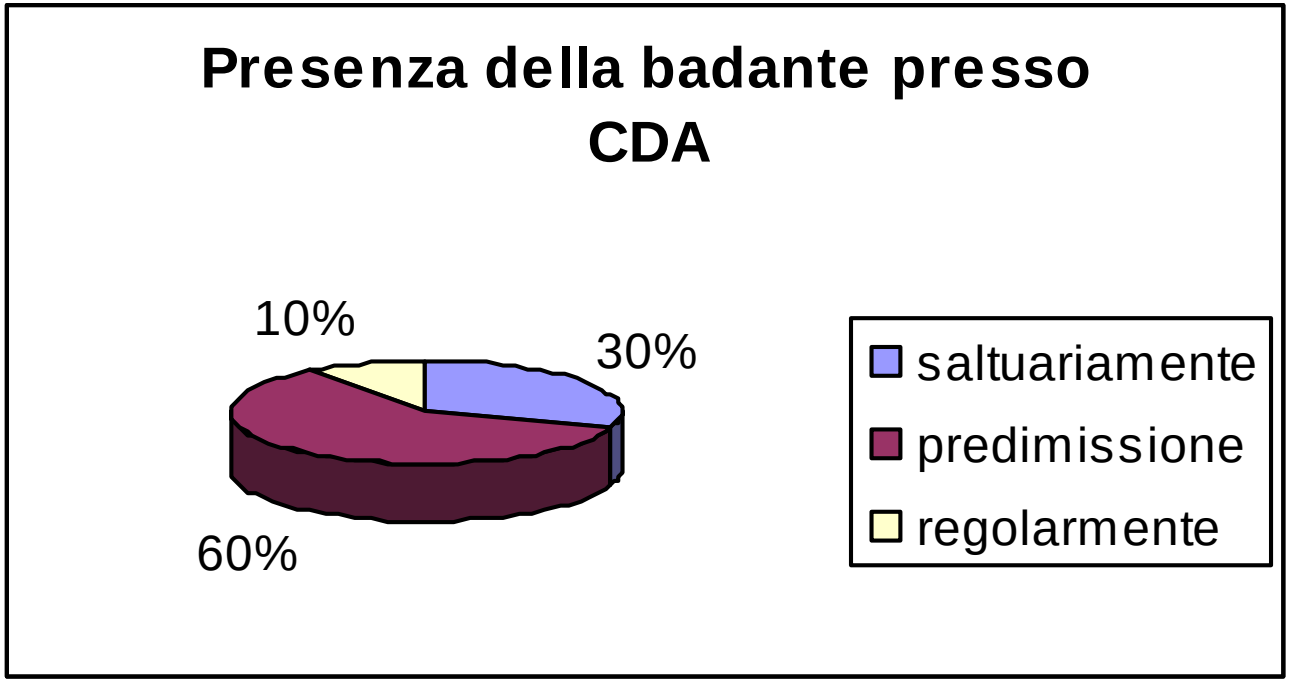
ADI POST DIURNO

- Effettuata dagli stessi operatori del Centro
- Implementata per un totale di 120 ore sulla base dei bisogni del malato e del familiare
- Per supportare il parente al momento della dimissione e per contestualizzare in ambito domiciliare le strategie assistenziali acquisite durante la permanenza al CDA

“Badanti” e CDA

Presenza di un badante:

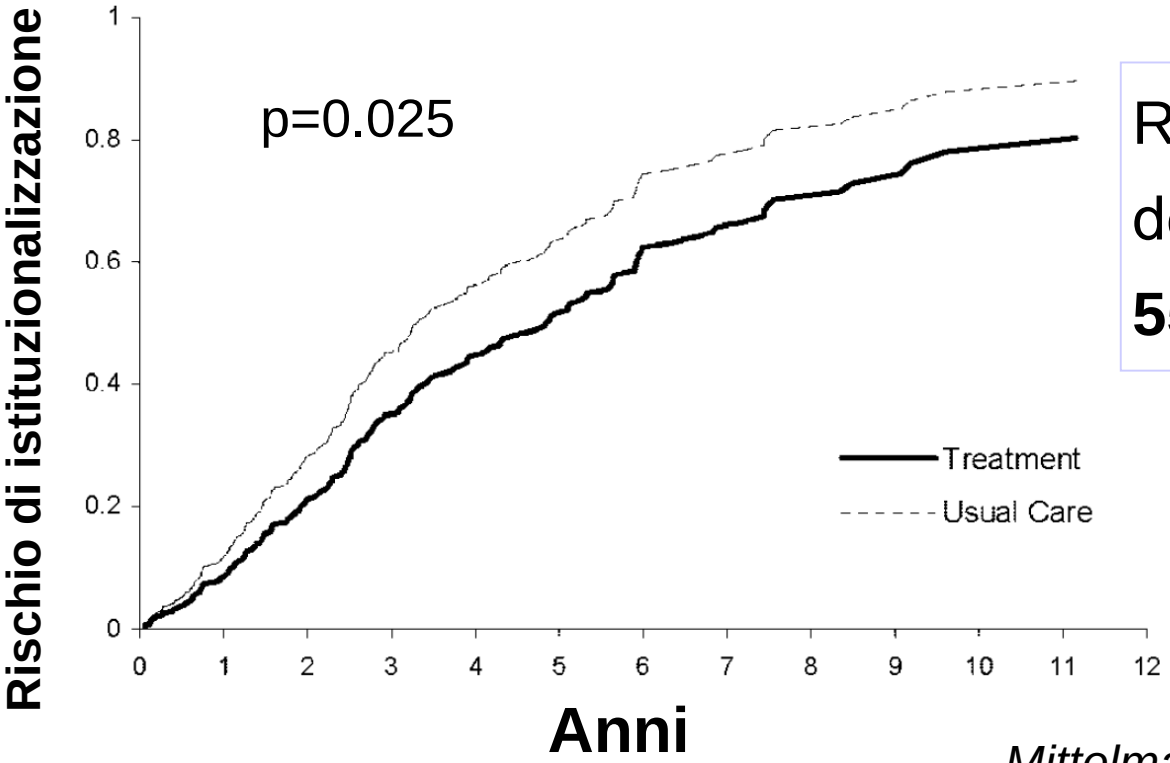
- nel 14% dei casi all’ingresso in CDA
- nel 47% dei casi alla dimissione dal CDA



Supporto al caregiver e rischio di istituzionalizzazione

RCT: 406 coniugi di pazienti con AD a domicilio

Intervento: 6 sessioni di counseling → invito a gruppi di supporto + disponibilità di consulenza telefonica



Ritardo medio dell'istituzionalizzazione:

557 giorni

AMERICAN ACADEMY OF NEUROLOGY

Mittelman MS et al., Neurology, 2006

Il beneficio aggiuntivo del sostegno strutturato ai caregiver Centro Diurno (1)

129 caregiver (età media 64 anni, 73% donne, 50% figli) di soggetti in CD (58% con diagnosi primaria di demenza, età media 81 anni, MMSE medio 14).

Confronto tra **gruppo CD** e **gruppo CD-Plus** (supporto aggiuntivo ai caregiver per migliorare benessere e capacità di far fronte alla malattia del congiunto e ridurre il rischio di istituzionalizzazione)

Valutazione a 3 e 12 mesi di

- Sintomi depressivi (CES-D)
- Stress
- Capacità di far fronte ai BPSD
- Benessere psicologico

Gitlin LN et al., Gerontologist, 2006

Il beneficio aggiuntivo del sostegno strutturato ai caregiver Centro Diurno (2)

Outcome Measure	– Difference of Adjusted Means[a]	95% CI	*p*
CES-D	–2.50	–4.52, –0.48	**.016**
Burden	–2.52	–5.46, 0.41	.091
Memory and behavior problem self-efficacy[b]	0.51	0.11, 0.90	**.013**
Time for healthy behaviors	0.20	–0.43, 0.83	.530
Perceived change in well-being	0.44	0.20, 0.68	**.001**

Gitlin LN et al., Gerontologist, 2006

Aging & Mental Health, 2015
http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1023765

Routledge
Taylor & Francis Group

The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature

Signe Tretteteig[a]*, Solfrid Vatne[b] and Anne Marie Mork Rokstad[a,b]

[a]*Norwegian National Advisory Unit on Ageing and Health, Vestfold Hospital Trust, Tønsberg, Norway;* [b]*Faculty of Health Sciences and Social Care, Molde University College, Norway*

(*Received 22 October 2014; accepted 20 February 2015*)

Objectives: Day care centres (DCC) for people with dementia (PWD) have received increased attention recently, due to a shift in policy from the use of residential care towards home-based services. The aim of this study is to provide an extended understanding of the influence of DCCs on family caregivers (FCs).
Method: An integrative review including 19 studies was used: qualitative ($n = 2$), quantitative non-randomised ($n = 8$), quantitative descriptive studies ($n = 7$), and with mixed-method design ($n = 2$). The quality of the studies was evaluated by the mixed-methods appraisal tool (MMAT).
Results: FC experienced the DCC both as a respite service, and to some extent as a support service, improving their competence in caring for the PWD. The quality of the DCC influenced its use, and the FC's motivation to care for the PWD. FC's gender, role, individual needs, PWD behavioural problems and need for assistance played an important role.
Conclusion: As a respite and support service, DCCs have the potential to give FCs a feeling of safety and relief, reduce the caregiver's burden, and increase their motivation towards their role as caregivers. These outcomes depend on the quality of treatment, and how the service meets the FC's needs for flexibility, support, information, and responsibility sharing.

Riduzione dei BPSD e dello stress correlato nei giorni di frequenza in Centro Diurno (1)

121 caregiver (età media 60 anni, 82% donne, 62% figli) di soggetti con demenza in CD (MMSE medio 14).

Confronto di

- durata dei BPSD nelle diverse ore della giornata (diario con checklist validata)
- stress correlato ai BPSD

tra

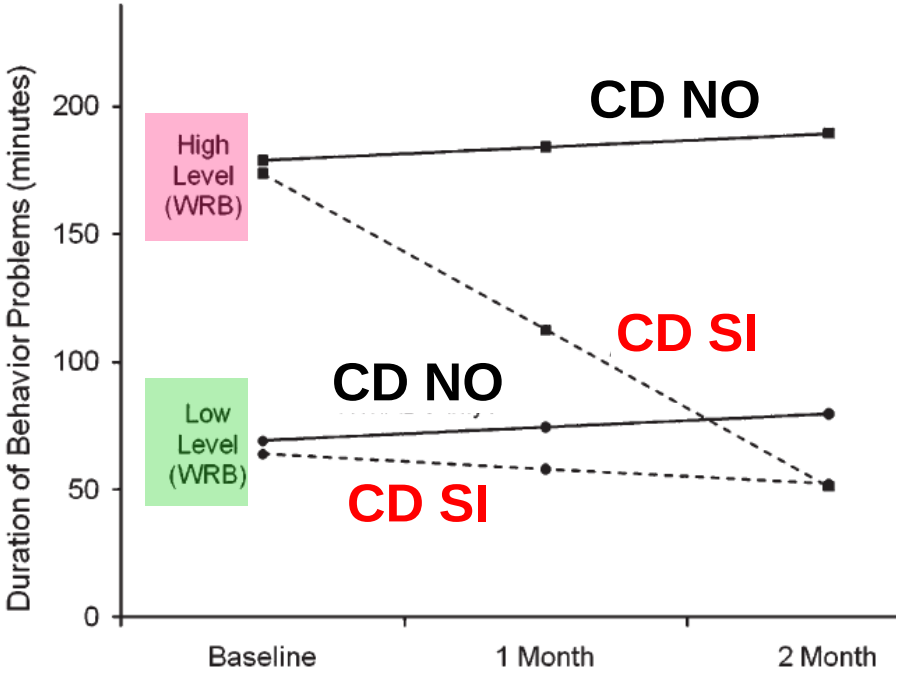
- periodo pre-ingresso
- giorni di frequenza al CD (**CD NO**)
- giorni di non frequenza al CD (**CD SI**)

} il 1° e il 2° mese

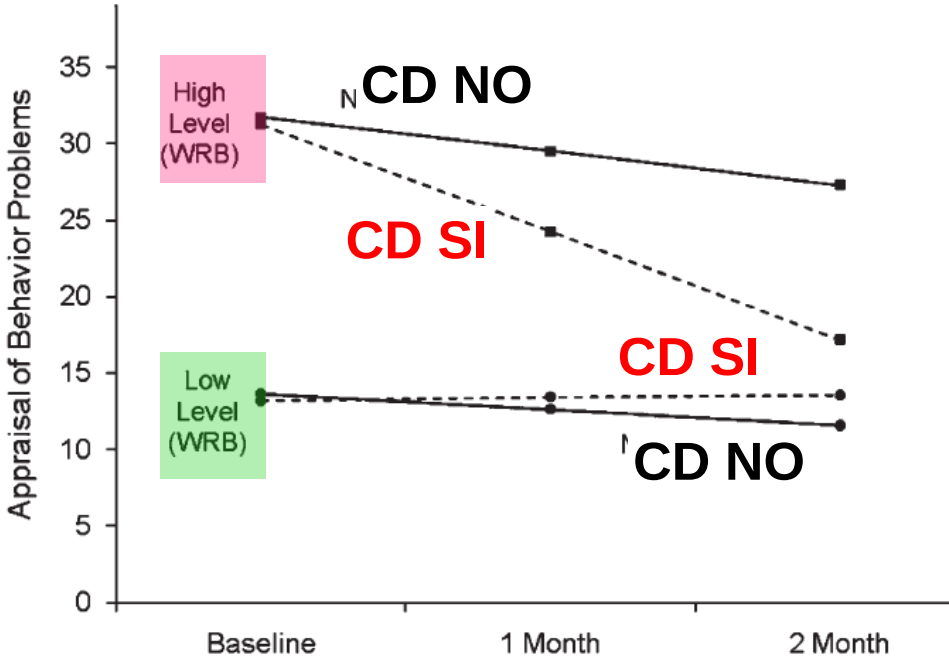
Zarit SH et al., J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2011

Riduzione dei BPSD e dello stress correlato nei giorni di frequenza in Centro Diurno (2)

Durata dei BPSD



Stress correlato



Presenza di elevati disturbi del comportamento alla base

Presenza di ridotti disturbi del comportamento alla base

Zarit SH et al., J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2011

Riduzione dei BPSD e dello stress correlato nei giorni di frequenza in Centro Diurno (3)

		Phase 1 (waking to 9 a.m.)		Phase 2 (9 a.m. to 4 p.m.)		Phase 3 (4 p.m. to bedtime)		Phase 4 (nighttime)	
Type of day	Occasion	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Duration of behavior problems (in									
Pre-ingresso	1	21.12	38.76	46.71	65.78	34.90	51.03	18.38	40.75
CD NO (1° mese)	2	20.68	37.71	54.32	81.33	35.85	55.06	22.46	40.14
CD NO (2° mese)	3	15.01	30.57	60.36	96.57	40.85	69.64	15.40	39.04
CD SI (1° mese)	2	17.08	27.08	2.48	14.36	39.65	57.23	16.36	33.29
CD SI (2° mese)	3	14.58	23.52	1.60	7.82	24.54	42.56	11.30	21.89
Appraisal of behavior problems									
Pre-ingresso	1	4.36	6.14	7.56	7.89	7.19	7.57	1.60	2.61
CD NO (1° mese)	2	4.87	7.27	7.38	7.22	6.96	8.34	2.27	3.09
CD NO (2° mese)	3	3.88	6.37	7.14	8.31	6.45	7.31	1.48	2.22
CD SI (1° mese)	2	4.97	6.04	0.72	2.78	6.81	7.64	1.72	2.10
CD SI (2° mese)	3	4.10	5.13	0.49	1.90	5.13	6.41	1.39	2.14

Note: ADS = adult day service

Zarit SH et al., J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2011

CDA “Le Civette” (Firenze)
Caratteristiche e attività principali

Intervento centrato su emotion oriented therapy

- Attività domestiche / giardinaggio / cucina
- Arteterapia – attività espressive
- Attività di Reminiscenza
- Fisioterapia e attività motoria
- Proiezione film, documentari e opera
- **Snoezelen**
- **Doll Therapy**
- **Musicoterapia (individuale e di gruppo)**

Approccio Validante e Personalizzato

Centro Diurno Alzheimer
“Le Civette”

SNOEZELEN (1)

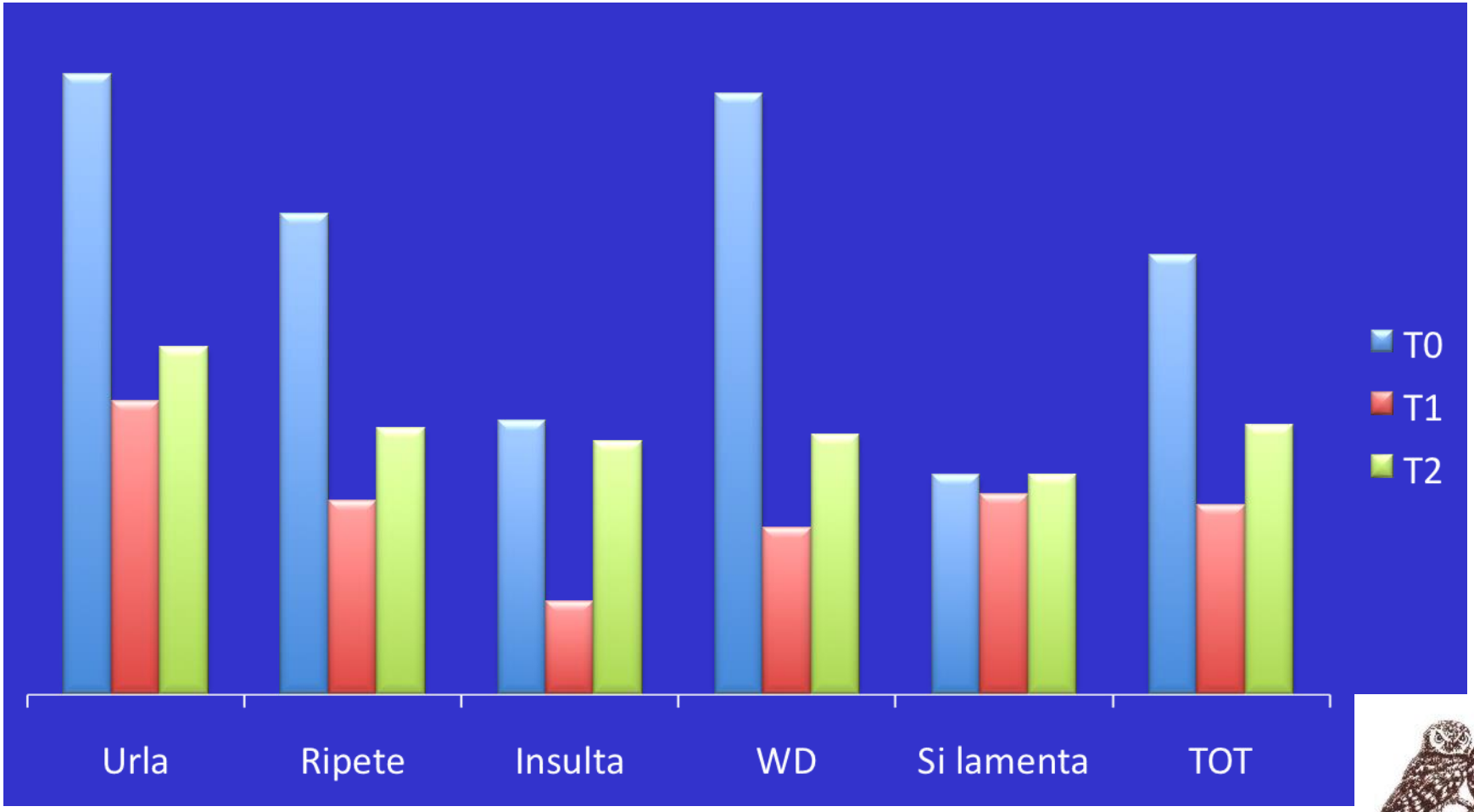
- Stimolazione Multisensoriale Controllata “not demanding” su capacità cognitive, in grado di sollecitare abilità sensorimotorie residue di soggetti affetti da demenza anche grave
- Somministrazione di uno stimolo audiovisivo combinato, immagini/suoni, per un periodo di 27 minuti.
- Valutazione degli effetti sui disturbi del comportamento

Staal JA et al., Int J Psychiatry Med, 2007

Ball J e Haight BK.,J Gerontol Nurs, 2005

Centro Diurno Alzheimer
“Le Civette”

SNOEZELEN (2)



Centro Diurno Alzheimer
"Le Civette"

G. Gori, Firenze

DOLL THERAPY (1)

Centro Diurno Alzheimer
"Le Civette"

G. Gori, Firenze

DOLL THERAPY (2)

G. Gori, Firenze

Centro Diurno Alzheimer
"Le Civette"

MUSICOTERAPIA (1)

Centro Diurno Alzheimer
"Le Civette"

G. Gori, Firenze

MUSICOTERAPIA (2)

- Canto in gruppo ed uso di strumentI
- Improvvisazioni strumentali

Centro Diurno Alzheimer
"Le Civette"

MUSICOTERAPIA

- **Favorire scelte attive**: proporre autonomamente materiale sonoro (frammenti melodici, ritmi, scelta timbrica)
- **Interazione ritmica** risocializzazione e sviluppo di una relazione tramite musica condivisa
- **Sincronizzazione motoria** dell'utilizzo di mano e piede
- **Parole e musica**: valorizzare capacità linguistiche residue attraverso l'uso della parola intonata
- **Ridurre apatia ed estraniazione**
- **Ridurre aggressività**

La **personalizzazione** dell'intervento musicoterapico è risultata correlata con la riduzione dei disturbi del comportamento.

Pizziolo P e Gori G, G Gerontol, 2006

FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Anziano"

CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

2-3 Ottobre 2009

Aula Magna del Seminario Vescovile
Via Enrico Bindi, 14 - Pistoia

Programma

FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

Centro Monteoliveto

"Casa dell'Anziano"

3° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

4-5 Novembre 2011

Auditorium
Via Panconi, 14 - Pistoia

Consensus su: "Linee di Indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

La proposta del Documento di consenso su "Linee di Indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer", suddivise in sei differenti aree tematiche, è stata preparata nei due mesi precedenti il Congresso da una Commissione di esperti. Il testo elaborato per ogni tematica sarà presentato da un relatore per cinque minuti e nei successivi dieci minuti verrà sottoposto alla discussione plenaria per giungere all'approvazione della versione definitiva.

FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA

Centro Monteoliveto

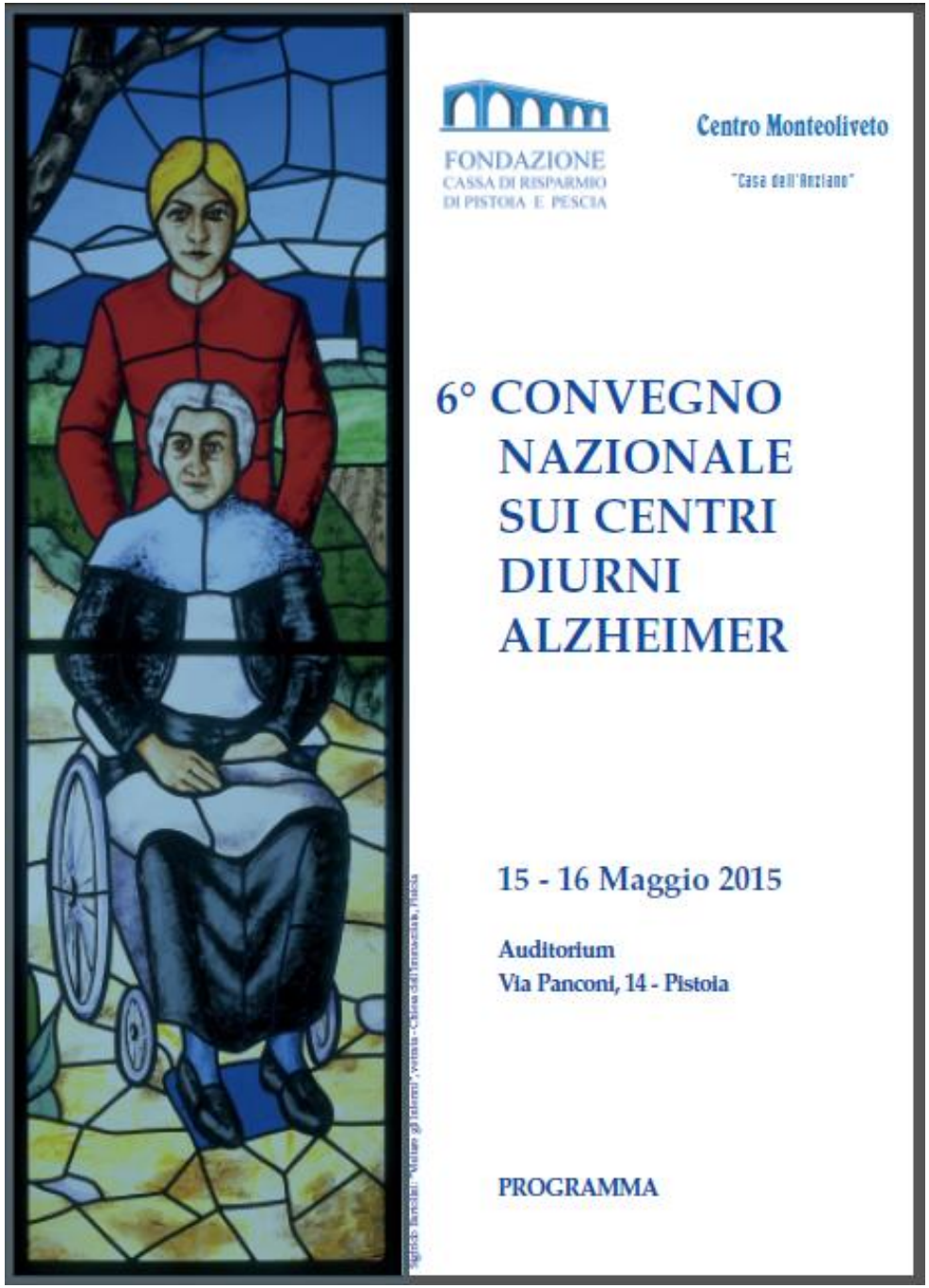
"Casa dell'Anziano"

4° CONVEGNO NAZIONALE SUI CENTRI DIURNI ALZHEIMER

31 Maggio - 1 Giugno 2013

Auditorium
Via Panconi, 14 - Pistoia

Presentazione delle "Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"



Presentazione
1° stesura
2° edizione
“Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer”

www.centridiurnialzheimer.it

- Creazione di una anagrafe dei Centri Diurni
- Materiale online: atti dei Congressi, Linee di Indirizzo, riferimenti normativi

CDA: definizione

Strutture socio-sanitarie semiresidenziali caratterizzate come luogo di cura ed assistenza temporanea, finalizzate al trattamento intensivo di uno specifico target di pazienti: persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo non gestibili con altre modalità assistenziali, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo.

"Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

CDA: finalità - 1

Controllare, contenere e ridurre i gravi disturbi del comportamento associati alla demenza, mettendo a punto strategie assistenziali e di prevenzione della ricomparsa dei disturbi; stimolare le capacità cognitive e funzionali residue.

Supportare le famiglie nell'assistenza continuativa all'anziano; offrire ascolto e sostegno qualificati nell'affrontare la fase di crisi anche da un punto di vista psico-relazionale; agevolare il passaggio a servizi a minor intensità di cura.

"Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

CDA finalità - 2

Sviluppare collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete garantendo modalità di addestramento e di sostegno ai familiari e agli operatori sociosanitari. In tal modo verrà assicurata la continuità assistenziale sia a domicilio che nel servizio di provenienza.

Ridurre gli accessi al DEA/PS e/o l'ospedalizzazione impropria e prevenire o ritardare l'istituzionalizzazione permanente.

"Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

CDA finalità - 3

Effettuare attività formativa in stretto rapporto con le sedi universitarie ed ospedaliere qualificate (reparti di Geriatria): essere sedi di tirocinio per i corsi di laurea in medicina, in infermieristica, in fisioterapia; istituire corsi per l'educazione sanitaria e la formazione degli assistenti familiari e dei caregiver informali dei pazienti affetti da demenza.

CDA: criteri di eleggibilità

Accesso è riservato a persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo non gestibili in altri setting, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo.

"Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

CDA: collocazione

Si colloca nella rete dei servizi del Territorio e vi si accede su indicazione dell’Unità Valutativa Alzheimer (UVA) in accordo con l'Unità Valutativa Multidisciplinare/Multiprofessionale (UVM) del Distretto, comprendente la presenza del geriatra, con Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), condiviso con la famiglia.

CDA: permanenza

La durata della permanenza è temporanea: si tratta di un tempo non prestabilito (massimo 3 mesi, rinnovabile), ma determinato dal tipo di bisogno dell'ospite e del suo caregiver e finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo previsto dal progetto e degli obiettivi da realizzarsi dopo la dimissione.

Il ruolo dell'infermiere

- esercitare le abituali funzioni di nursing
- contatto periodico con il caregiver per responsabilizzarlo e condividere il progetto assistenziale
- contatto periodico con il caregiver per responsabilizzarlo e condividere il progetto assistenziale
- segnalare ai medici problematiche di natura sanitaria di nuova insorgenza o scarsamente compensate

"Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

Infermiere: competenze

- saper comprendere la malattia e riconoscerla
- avere cultura e competenze specifiche nell'approccio alle sindromi geriatriche
- conoscere e saper applicare gli strumenti della valutazione multidimensionale
- capacità di assistenza nelle attività della vita quotidiana
- capacità comunicative
- saper garantire un ambiente adeguato
- lavorare in gruppo per specifici bisogni
- promuovere la cura centrata sulla persona
- realizzare progetti di prevenzione ed interventi specifici di cura
- dare risposte ai caregiver

"Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

Raccomandazioni

In considerazione della **frequente associazione tra decadimento cognitivo e sindromi geriatriche**, l'organizzazione dell'assistenza in CDA deve comprendere protocolli rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura di tali sindromi. **La segnalazione e l'approccio di prevenzione ed assistenza per tali problematiche vengono effettuati principalmente da parte dell'infermiere**, con la consulenza, ove necessario, dello specialista Geriatra e in accordo con il Medico di Medicina Generale.

"Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer"

I principali obiettivi possono essere così riassunti:

Prevenzione delle **cadute** mediante identificazione dei fattori di rischio predisponenti intrinseci ed estrinseci e valutazione delle performance funzionali dei pazienti (Scala di Tinetti, SPPB);

prevenzione delle **ulcere da pressione** in soggetti a rischio (identificati con l'utilizzo della scala di Braden) mediante protezione e cura della cute, corretto posizionamento e programma di mobilizzazione, utilizzo di presidi antidecubito, prevenzione-trattamento dell'incontinenza sfinterica e corretto utilizzo dei presidi di assorbenza, corretta nutrizione e idratazione;

prevenzione del **delirium** sia intervenendo su fattori intrinseci legati alla condizione fisica del paziente che adeguando le stimolazioni psicosociali ed ambientali;

prevenzione della **sindrome da immobilizzazione** mediante protocolli di mobilizzazione precoce attiva o, in soggetti allettati, passiva; valutazione funzionale motoria dei pazienti mediante la sezione motoria delle BADL/IADL oppure ad esempio mediante Scala di Tinetti;

prevenzione e trattamento dell'**incontinenza urinaria**, in particolare correggendo i fattori reversibili nelle forme transitorie e trattando nella maniera meno invasiva possibile le forme permanenti dopo un corretto inquadramento fisiopatologico;

prevenzione della **malnutrizione e cura della disfagia** e dei disturbi comportamentali che ostacolano la nutrizione;

valutazione del **dolore** mediante l'utilizzo di sistemi validati in soggetti con demenza (PAINAD) e adeguare il trattamento.

Ministero della salute

Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie

Progetto:

Centri Diurni Alzheimer: approccio di rete, appropriatezza organizzativa e qualità dei servizi

Ente Capofila:

Regione Sicilia- Assessorato alla Salute

Ente attuatore/Capo Progetto:

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo-Centro di Riferimento Regionale Demenze Senili-Alzheimer UO1 (M. Giordano – Responsabile Scientifico))

Partner:

Regione Emilia Romagna-Programma Demenze AUSL Modena UO2 (A. Fabbo)
Regione Toscana- UOC Geriatria AUSL 3 Pistoia UO3 (C. Biagini)
Regione Piemonte- UOS Geriatria Dipartimento Salute Anziani ASL TO2 UO4 (A. Cotroneo)

Durata del progetto: 18 mesi

Budget assegnato: 280.000 Euro

Obiettivi del progetto

- Confronto e attività di benchmarking tra le realtà delle 4 regioni coinvolte che hanno partecipato alla stesura delle «Linee di indirizzo per i Centri Diurni Alzheimer», documento di interesse nazionale.
- Definizione e trasferibilità a tutto il territorio nazionale della tipologia dei CDA e delle azioni utili per migliorare la capacità di risposta, la qualità dell'assistenza, la diffusione e l'omogeneità nelle varie regioni.
- Fornire impulso all'innovazione organizzativo-gestionale e all'attività di formazione del personale.
- Individuazione e disseminazione di modelli operativi e buone prassi.